

国民健康保険  
 限度額適用  
 標準負担額減額  
 限度額適用・標準負担額減額  
 認定申請書

被保険者記号番号		み岩		令和 年 月 日	
世帯主 (組合員)	住所				
	氏名	印	生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女
	個人番号				
	世帯主（組合員）との続柄				
長期入院	該当・非該当				
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年 月 日	日間	
	入院をした保険医療機関等		名称		
			所在地		
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年 月 日	日間	
	入院をした保険医療機関等		名称		
			所在地		
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年 月 日	日間	
	入院をした保険医療機関等		名称		
			所在地		
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年 月 日	日間	
	入院をした保険医療機関等		名称		
			所在地		

市長が証明する欄	<p>下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主（組合員）及びその世帯に属する被保険者に 年度の市民税が課されないことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: right;">市長名 _____ 印</p>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

備考 「市長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。